43.17 Ha
Lane Medical Library

BEITRÄGE

ZUR

CASUISTIK DES FIBROMA MOLLUSCUM.

INAUGURAL-DISSERTATION

VERFASST UND DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER

KÖNIGL. JULIUS-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT ZU WÜRZBURG

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

IN DER

MEDIZIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHILFE

VORGELEGT VON

ERNST HAHN

APPROB. ARZT

AUS HANNOVER.

WÜRZBURG.

KÖNIGL. UNIVERSITÄTSDRUCKEREI VON H. STÜRTZ.

1888.

REFERENT:

Herr Hofrath Professor Dr. Schönborn.

Unter den Geschwülsten der Haut erregt das Fibroma molluscum unser besonderes Interesse nicht nur durch sein verhältnissmässig seltenes Vorkommen, durch die ausserordentliche Mannigfaltigkeit seiner Anbildung, seine merkwürdige Aetiologie, sondern auch durch seine Gutartigkeit und seine leichte operative Beseitigung. Nachdem ihm Virchow durch seine grundlegenden Forschungen den gebührenden Platz unter den echten Geschwülsten eingeräumt, ist es v. Recklinghausen geglückt, seine bis dahin dunkle Aetiologie aufzudecken, und seinen Ursprung abnormen Wucherungen des perineuralen Bindegewebes, sowie des peritubulären Bindegewebes der Hautknäueldrüsen zuzuschreiben.

Es sei mir vergönnt, an der Hand eines im Landkrankenhause zu Fulda zur Beobachtung gekommenen und operirten Falles von Fibroma molluscum unter spezieller Berücksichtigung der nachstehenden, zugänglichen Litteratur, sowie anknüpfend an einige mögliche therapeutisch-operative Massnahmen Beiträge zur Kasuistik dieser merkwürdigen Geschwulstform zu liefern.

Zunächst erlaube ich mir, einige einschlägige Fälle aus der Litteratur vorauszuschicken:

I. Im Jahre 1869 untersuchte Kohn[1]) eine operativ entfernte Geschwulst eines Negers, die an Gestalt und Grösse einer Milz gleichend, weich, gestielt,

der Hautfarbe gleichartig, in ihrem Inneren aus weiss glänzenden Fasern zusammengesetzt erschien. Mikroskopisch fand er parallel verlaufende, durcheinander geflochtene Bindegewebszüge mit elastischen Fasern durchsetzt, wenige dickwandige Blutgefässe, von Haarfollikeln, Haaren, Talg- und Schweissdrüsen keine Spur. Hinsichtlich des Vorkommens zahlreicher anderer, in Grösse und Form variirender Geschwülste bei Patienten wird hervorgehoben, dass diese bald narbenähnliche Verdickungen der Haut, bald gestielte Anhängsel darstellen, dass jedes Trauma an der Haut ein prädisponirendes Moment zum Wachsen weiterer Geschwülste bilde, sowie dass Heredität nachweisbar sei.

II. Horner[2]) berichtet über einen Fall von Fibroma molluscum des oberen Augenlides bei einem jungen Burschen, dessen Körperoberfläche mit zahlreichen „Molluskeln" bedeckt war. Die Geschwulst bestand schon seit der Geburt, und der Stiel war mit Haut, Bindehaut und Tarsus so fest verwachsen, dass sie operativ nicht ausgeschält werden konnte, sondern zur Besserung der Beschwerden des Patienten ein grosser Keil aus der Geschwulst ausgeschnitten werden musste, auch wurde der Stiel freipräparirt und durchschnitten, worauf indessen eine bedeutende Nachblutung erfolgte. Später trat jedoch Recidiv auf, und durch eine zweite Operation musste der Rest der Geschwulst mit dem oberen Augenlide entfernt werden.

III. IV. Fremmert[3]) führt uns zwei Fälle von Fibroma molluscum vor; in beiden entstanden die Tumoren vorwiegend auf Brust, Arm und Gesicht, hatten Erbsen- bis Haselnussgrösse, waren weich, mit der Haut verwachsen; in dem einen Falle bestanden zu beiden Seiten der Lendenwirbelsäule zwei Geschwülste von der Form weiblicher Brüste, die Haut über ihnen war normal ver-

schieblich, ihre Konsistenz prall-elastisch. Struktur: gefässarmes, faseriges, durchflochtenes Bindegewebe.

V. VI. Zwei weitere Fälle von Dryce[4]) weisen gestielte Gewächse auf, welche vom zehnten Lebensjahre der Patienten an wachsend bis haselnussgross werden und besonders an den Dorsalflächen der Extremitäten auftreten. Mikroskopisch fanden sich neben spärliche Blutgefässe führendem Bindegewebe Ausführungsgänge von Schweissdrüsen, doch keine Haare und Talgdrüsen.

VII. Einen anderen Fall von Fibroma molluscum führt uns Wigglesworth[5]) vor. Hier wucherten die Geschwülste im 14. Lebensjahre des Patienten ohne irgend welche Ursache an verschiedenen Körpertheilen zugleich auf; einige erreichten unter leichtem Hautjucken Hühnereigrösse. Verschiedene Tumoren sollen sich von selbst zurückgebildet haben; man zählte im Ganzen 1193 Geschwülste. Die Talgdrüsen waren stark gefüllt und gut entwickelt; mikroskopisch fand sich das gewöhnliche Bild.

VIII. Franzisco Juiquez[6]) beschreibt einen weiteren Fall bei einer 74jährigen Frau; hier zeigten sich die Tumoren bereits bei der Geburt. Alle 10 Jahre sollen Nachschübe erfolgt, und vorwiegend Brust und Rücken befallen gewesen sein. Nach Aussage der Frau soll ihr Bruder mit ähnlicher, doch nicht so hochgradiger Affektion behaftet gewesen sein, während dessen Kinder frei ausgingen.

IX. Eine als Mischform von Elephantiasis und Fibroma molluscum bezeichnete Geschwulst erwähnt Mott[7]), welcher dieselbe bei einem kräftigen Landmädchen operirte. Das Gewächs war elastisch und nahm sich wie kollabirte Lunge aus. Sie hing „in schönen Falten“ mehrlappig von der hinteren Halsseite über die Brust bis zum Nabel herab. Zugleich fanden sich über den Körper zerstreut einzelne kleine, weiche Geschwülste. Die Opera-

tion wurde mit dem Messer ausgeführt und die Wunde heilte schliesslich; ein Recidiv trat nicht ein.

X. Eine letzterer ähnliche rechts sitzende Geschwulst beobachtete und operirte Danzel[8]) mit gutem Erfolge.

XI. Die von George Pollock[9]) operirte Geschwulst sass am Hinterhaupte und Nacken, auch vorn hingen von der rechten Hals- und Brustseite taschenförmige, schlaffe Gewächse bis zum Nabel. Interessant ist dieser Fall durch das Auftreten von circa 100 erbsen- bis wallnussgrossen Geschwülsten auf und in der Haut. Alle waren schmerzlos, die Haut über ihnen etwas dunkler, ihre Oberfläche mit erweiterten Talgfollikeln besetzt, die ein übelriechendes Sekret lieferten. Pollock operirte die Geschwülste nach Abbindung der Stiele mit zwei Umstechungen. Die Operationen verliefen ohne üble Zufälle; gute Wundheilung, kein Recidiv.

XII. Sodann bringt uns Bryk[10]) zwei Fälle von Fibroma molluscum. Der eine betrifft einen 24jährigen Schneider, in dessen 21. Lebensjahre sich auf Stirn und Brust zuerst, später auf der ganzen Körperoberfläche kleine Gewächse einstellten. Von diesen erreichte eine auf der rechten Brust eine beträchtliche Grösse, so dass sie zur Zeit der Aufnahme bis zum Nabel herabreichte. Sie sass mit breiter Basis längs der dritten Rippe auf; die dritte und vierte Rippe waren, ebenso wie der M. pectoralis major auf der betreffenden Seite defekt. Die Geschwulst wurde mit gutem Erfolge unter Anwendung der galvanokaustischen Schlinge entfernt.

XIII. Der andere von Bryk veröffentlichte Fall ist neben ähnlichen Verhältnissen, wie der vorige, dadurch ausgezeichnet, dass eine Geschwulst in der Naso-Labial-Gegend Neigung zu Zerfall unter harter Infiltration der umliegenden Hautpartien zeigte.

XIV. Ein weiterer Fall von Tilbury Fox[11]) ist

ferner sehr merkwürdig und weist grosse Aehnlichkeit mit unserem nachstehenden Falle auf. Er betrifft ein 25jähriges Bauernmädchen, bei dem sich im 8. Lebensjahre am Kinn und in der rechten Schlüsselbeingegend je eine Geschwulst anbildete, die eine bedeutende Grösse erreichte und schliesslich in 10 bis 11 Falten breit wie ein Kragen auf Brust und Hals der Patientin herabwuchs. Später gesellten sich noch zahlreiche kleine hasel- bis wallnussgrosse Geschwülste am übrigen Körper hinzu. Die grosse Geschwulst wurde ohne Schwierigkeit mit dem Messer exstirpirt, ohne dass Wundkrankheiten, auch kein Recidiv, nachgefolgt wären.

XV. An letzteren Fall schliesst sich der von Marcacci beschriebene[12]) unmittelbar an. Er betrifft einen 55jährigen Mann. Bei diesem hatte sich bei der Geburt an den hinteren und seitlichen Partien des Halses und Nackens ein dunkler, leicht erhabener Fleck gezeigt. Dieser entwickelte sich im 10. Lebensjahre des Patienten weiter und wuchs zu einem Tumor heran, welcher sich stetig vergrösserte. Gleichzeitig zeigten sich auf der Haut zahlreiche Fibrome, deren Wachsthum in den letzten Jahren beträchtlich zunahm. Die Tumoren am Halse und Nacken reichten vorn bis auf den Nabel, rechts bis auf Oberarmmitte, hinten bis zur Lendengegend. Die Tumoren waren weich und schmerzlos, secernirten häufig eine reichliche Menge übelriechender Flüssigkeit. Der Tumor in der Gegend der rechten Clavicula hatte durch sein Gewicht letztere herabgezogen und aus ihrem Sternalgelenke herausgelöst.

XVI. Der von Schulze[13]) mitgetheilte Fall behandelt einen 20jährigen Mann, bei dem im 4. Lebensjahre die einzige Geschwulst als erbsengrosses Knötchen in der Gegend des linken Stirn- und Schläfenbeines zu wachsen begann. Nach einem Jahre wurde dieses operativ theil-

weise entfernt, und seitdem fing das Ueberbleibsel rapid zu wachsen an, bedeckte zuletzt die Ohrmuschel und ragte bis über den Unterkiefer herab. Der Tumor wurde operativ entfernt und wog 3,5 Kilogramm. Mikroskopisch fand sich fibröses Gewebe; eine strenge Demarkationslinie von Haut und Unterhautbindegewebe war nicht vorhanden.

XVII. Einen weiteren Beitrag zur Lehre von dem Fibroma molluscum liefert uns Modrzejewski[14]). Es handelt sich um eine 37jährige Person, deren Haut „schon immer", nach ihrer Aussage, wie „mit Mohn bestreut" aussah. Später sollen sich die kleinen Geschwülste unter mässigem Jucken vergrössert haben. Ein Tumor in der Gegend der linken Clavicula wucherte über die sonst nicht überschrittene Grenze der Wallnussgrösse hinaus und erreichte schliesslich die Grösse eines Mannskopfes, dabei bis zur siebenten Rippe herabreichend. Bevor seine Exstirpation — zu welchem Zwecke Patient das Krankenhaus aufgesucht hatte — ausgeführt werden konnte, wurde der Tumor gangränös und Patient ging unter Hinzukommen eines hohen Fiebers marastisch zu Grunde.

Ich erlaube mir nunmehr unter Uebergehung einiger weiterer, der Litteratur angehörigar Fälle von Fibroma molluscum, welche keine neue Gesichtspunkte für vorliegende Arbeit aufzuweisen haben, den von uns beobachteten und operirten Fall vorzuführen.

Benedict B. ist geboren am 12./11. 1821 als jüngster Sohn des verstorbenen Polizeidieners B. in Neustadt bei Fulda. Sein Vater, der stets gesund und durchaus wohlgebildet war, starb im 79. Jahre an unbekannter Krankheit; seine Mutter war bis zu ihrem Ende — im 68. Jahre — nie krank. Ein älterer Bruder — sonst waren keine Geschwister vorhanden — starb vor langer Zeit unverheirathet und war ohne jede Missbildung. Patient verneint

bestimmt, dass in seiner Familie die ihm anhaftende Krankheit vorgekommen wäre.

Bei dem Patienten bildete sich, wie er erfahren haben will, in Folge schwerer Geburt schon im ersten Lebensjahre an der linken Seite seines Gesichtes und Unterkiefers die jetzt noch bestehende Geschwulst. Ein Weiterwachsen derselben will er seit langen Jahren nicht mehr beobachtet haben. Erst in seinem zehnten Lebensjahre bemerkte er das Auftreten einer Geschwulst in der linken Lendengegend, welche sich bis zu ihrer Exstirpation langsam vergrösserte. Nachdem sich weiterhin — Patient kann keine sichere Daten angeben — eine Anschwellung in der linken Seite seines Hodensackes eingestellt hatte, erfolgte zuletzt die Bildung kleiner knotiger Anschwellungen, regellos über die Haut zerstreut. Patient weiss durchaus kein ätiologisches Moment zum Entstehen seiner Krankheit anzugeben; er hatte nie Hautentzündungen, litt nie Schmerzen; die Farbe seiner Haut hatte stets einen Stich in's Braune. Patient ist unverheirathet, und schon seit lange erwerbsunfähig; er konnte indessen die Volksschule besuchen, hat aber kein Handwerk erlernen können.

Patient trägt auf seiner linken Gesichtshälfte eine breit aufsitzende Geschwulst, die am rechten Kinntheile beginnend, unter starkem Abwärtsziehen der linken Mundspalte auf die linke Oberlippe übergreift. Weiterhin geht sie von der linken Nasenfurche und dem linken inneren Augenwinkel aus, zieht oberes und unteres Augenlid unter völliger Verdeckung des linken Augapfels stark nach abwärts und greift auf den äusseren linken Augenwinkel über; endlich nimmt sie weiter nach oben und hinten ihren Ursprung, etwa entsprechend der Insertion der Fascia temporalis superficialis.

Der untere Ursprung der Geschwulst wird durch eine

Linie begrenzt, welche in gleicher Richtung wie der untere Kieferrand linkerseits etwa 3 cm nach einwärts und unterhalb desselben verläuft. Von der rechten Kinngegend, von der linken Mundspalte, sowie vom linken inneren und äusseren Augenwinkel verlaufen mehr oder weniger stark ausgeprägte Furchen nach abwärts. Die vom oberen zum unteren Geschwulstsprunge in der Frontalebene verlaufende Linie misst 25 cm, der Umfang der Geschwulstbasis $39^1/_2$ cm, der horizontale Geschwulstumfang in der Höhe des unteren Kieferrandes 31 cm.

Die Geschwulst fühlt sich überall gleichmässig weich und teigig an; es ist durchaus keine Abgrenzung in einzelne Lappen zu konstatiren, sie geht ohne fühlbare Grenze in die Haut über. Um den Mittelpunkt der Geschwulst vermag man pulsirende Arterien abzutasten. Durch den Zug der Geschwulst erweist sich das linke Jochbein 1 cm vom äusseren Augenwinkel entfernt auf die Länge von 2 cm als durchbrochen; man fühlt beim Kauen des Patienten deutlich die sich spannende Sehne des M. temporalis und den auf- und absteigenden Ast des Processus coronoideus des Unterkiefers. Die Exkursionsfähigkeit des Unterkieferköpfchens links beträgt etwa 3 cm nach vorn und unten. Der untere Rand des linken Unterkiefers ist rauh und höckerig, wie durchbrochen. Das linke Ohr, welches im Uebrigen gehörige Umrisse aufweist, ist um etwa 10 cm nach abwärts und hinten gezogen; der Gehörgang ist verengt, doch für dünne Sonden passirbar, das Gehör gänzlich aufgehoben. Die Haut auf der Geschwulst trägt starke, dunkle vereinzelte Barthaare.

Am linken unteren Zungenrande sitzen 5 etwa bohnengrosse Knollen, deren breite Fläche nach aussen gerichtet ist, während sie einwärts mittelst schmalen Stieles in die Zungenschleimhaut übergehen. Der zahnlose linke Processus odontoideus wird von einer nach vorn konvexen,

5 cm langen und 1 cm hohen, am hinteren und mittleren inneren Kieferrande entspringenden, breit aufsitzenden weichen Geschwulst von Schleimhautfarbe überragt; auch an der rechten Innenseite des Kiefers, sowie am rechten Zungenrande befinden sich mehrere erbsen- bis bohnengrosse Tumoren.

In der Höhe der achten Rippe links nimmt ein zweiter Tumor von erheblicher Grösse seinen Ursprung, dessen obere Grenzlinie nach hinten und abwärts bis 6 cm vom ersten Lendendornfortsatze einerseits, andererseits nach vorn bis in die Papillarlinie links und etwa 3 cm über den Schambeinkamm verläuft, während die untere Grenzlinie mit nach unten gerichteter Konvexität etwa bis auf den Trochanter major links reicht (mit ihrer tiefsten Stelle). Die Basis des Tumors gleicht also etwa einer Ellipse.

Die Grösse des Tumors entspricht etwa einem von links nach rechts zusammengepressten Mannskopfe und er reicht unter starker Abwärtsziehung der linken Thoraxhaut bis auf die Mitte des linken Oberschenkels des aufrecht stehenden Patienten herab.

Der Abstand vom obersten Ursprunge der Geschwulst bis zu ihrer tiefsten Stelle beträgt 36 cm, während ihr horizontaler Umfang an der dicksten Stelle 56 cm misst. Von dem obersten Ursprunge der Geschwulst läuft in der mittleren Axillarlinie eine breite Furche nach unten und theilt dieselbe in eine vordere, stärker entwickelte und tiefer herabhängende und eine hintere, schwächere Portion. Die Haut auf der Geschwulst ist glatt, mit spärlichen Haaren bedeckt, dunkel pigmentirt; sie zeigt keine Rhagaden in der Cutis.

Die Palpation lässt überall gleichmässig weiche Substanz erkennen. An dem in horizontaler Richtung schmalen Stiele stossen vordere und hintere Hautdecken — auf die Geschwulst bezogen — zusammen und nur spärliches,

stark pulsirende Gefässe führendes weiches Gewebe bildet mit dem Körper hier die Verbindung, ein Zusammenhang, der fast ausschliesslich durch die Haut gebildet erscheint. Die Haut ist seitlich rings um die Geschwulst herum leicht von derselben abzuheben, nur in ihren unteren Partien ist die Haut fest mit der Geschwulst verwachsen.

Die ganze Körperoberfläche des Patienten mit Ausnahme der Plantarflächen von Hand und Fuss ist mit zahlreichen linsen- bis haselnussgrossen Knötchen bedeckt, die bald flächenhaft ausgebreitet sind und allmählich in die Haut übergehen, bald als scharf abgegrenzte, rundliche Knollen auftreten; die meisten befinden sich auf der behaarten Kopfhaut und auf der Rückenhaut. Sogar der After des Patienten ist mit einem Kranze zierlicher, etwas in die Länge gezogener Knötchen umgeben. Die Geschwülste erweisen sich sämmtlich als weich, elastisch und mit der Haut fest verwachsen. Hinsichtlich ihrer Anordnung lässt sich durchaus nicht konstatiren, dass sie den Verlauf grösserer Nervenbahnen entsprechend reichlicher auftreten, ebensowenig ergiebt die direkte Palpation von bedeutenden Nervenbahnen irgendwo Anschwellungen derselben, ein Befund, welcher zuversichtlich durch das Gefühl festgestellt werden könnte, weil die Haut des Patienten von ausserordentlicher Zartheit und sehr dünn, sowie das Fettpolster schwach entwickelt ist.

Der linke Hode des Patienten ist in eine ausserordentlich derbe, harte Geschwulst verwandelt, die Haut ringsum in Falten abzuheben — wahrscheinlich Hydrocele testis vaginalis propr. — (Probepunktion nicht zugelassen); der rechte Hode ist unverändert. Beiderseits besteht offener Leistenkanal. Durch den Zug der schweren Lendengeschwulst hat sich eine linksseitige Scoliose ausgebildet, die nach Entfernung der Geschwulst ausgeglichen wurde.

Brust- und Bauchorgane des Patienten bieten nichts abnormes; Appetit und Verdauung gut. Muskulatur und Fettpolster schwach, die Haut äusserst dünn und runzelig, dunkel pigmentirt, nicht schuppend, ohne jede Sekretion seitens ihrer drüsigen Organe. Es besteht eine Cataracta corticalis posterior centralis. Patient ist ungemein steif und unsicher in seinen Bewegungen. Sein Gehör ist auf dem rechten Ohre annähernd normal. Seine Intelligenz gering.

Eine kritische Betrachtung der vorliegenden Fälle lässt uns den Schluss ziehen, dass das Fibroma molluscum zu den exquisit gutartigen Geschwülsten zu zählen ist. Nur in einem Falle zeigte sich Neigung zu carcinomatöser Degeneration, doch hat diese Erscheinung für uns wenig Bedeutung, weil die krebsige Infiltration an der Nasolabialgegend ihren Anfang nahm, eine Körperregion, in welcher mit Vorliebe bösartige Neubildungen primär auftreten, und wir werden mit der Annahme nicht fehl gehen, wenn wir dieser Neubildung jeden Zusammenhang mit den Fibromen absprechen. Die Fibromata mollusca zeigen ausserdem wenig oder gar keine Neigung zur Necrose, eine Behauptung, die keineswegs durch Fall XVII erschüttert wird, da bei der Patientin, wie die Sektion zeigte, Endometritis chronica polyposa bestand, eine Krankheit, welche geeignet erscheint, die Konstitution der Patientin hochgradig zu schwächen. Dahingegen ist nicht selten partielle Rückbildung kleinerer Tumoren beobachtet. Merkwürdig ist, dass ein Weiterwachsen der Reste von nicht gänzlich exstirpirten Tumoren in rapider Weise erfolgte, wie dieses uns Fall II und XVI zeigen, während nach Abtragung der ganzen Geschwulst nie Recidiv auftrat.

Nach Verlauf und Entwikelung können wir unsere vorgeführten Fälle in drei Gruppen sichten.

I. Kurz nach der Geburt oder im jugendlichen Alter zeigen sich auf der stets dunkel pigmentirten Haut kleine Knötchen, die stetig an Grösse zunehmen, bis sie eine gewisse Grenze erreicht haben und dann stationär bleiben, während stets neue Tumoren gebildet werden; eine Rückbildung gesetzter Tumoren kann stattfinden.

II. Aehnliches Verhalten wie No. I., nur zeigen einzelne Geschwülste besonders an Kopf-, Kinn-, Hals-, Brust-, und Lendengegend Neigung, bedeutendere Dimensionen anzunehmen, bis zu erstaunlicher Grösse, während die kleinen Geschwülste wenig Veränderung zeigen. Hier scheint der Wachsthumstrieb, der sub I viele neue Gewächse zeitigte, eine einzelne Neubildung zu bevorzugen.

III. Es entwickelt sich kurz nach der Geburt eine mehr breit aufsitzende, an elephantiasische Neubildungen streifende Geschwulst, vorwiegend in der Gesichts-, Nacken-, vorderen Brustgegend; nach längerem Wachsthume derselben treten kleine Tumoren auf der ganzen Hautoberfläche auf. In letzterem Falle findet gewissermassen von einer primär gebildeten Geschwulst eine Gesammtinfektion der ganzen Haut statt.

In Gruppe III kann der von uns beschriebene Fall gezählt werden, der sich noch besonders dadurch auszeichnet, dass eine Geschwulst in der Lendengegend grössere Wachsthumsneigung aufwies.

Ich erlaube mir nunmehr zu der Operation der vorstehend von mir beschriebenen Lendengeschwulst bei unserem Falle überzugehen.

Diese Operation wurde am 28./7. 87 im Landkrankenhause zu Fulda in folgender Weise ausgeführt. Zunächst musste von einer Umschnürung der weichen Geschwulst mittelst Gummibinde — zur Erzielung der Blutleere — Abstand genommen werden, weil das weiche Parenchym, aus seiner ursprünglichen Kugelform der

Cylinderform zustrebend, in den Stil der Geschwulst vorgedrängt wurde und diesen erheblich verkürzte. Ebenso unpraktisch erwies sich der Versuch einer Schlauchumschnürung des Stieles, weil dieser zu breit war und die vielfach gefaltete, elastische Haut sich zurückzog. Nunmehr wurde durch Umstechungsnähte die Geschwulst von der Blutcirkulation abgeschnitten, was auch scheinbar durch 15 sehr fest geknotete Nähte von starker Seide gelang. Sodann fiel der Schnitt durch obere und untere Hautdecke zugleich parallel der horizontal verlaufenden Nahtreihe und 2 cm ausserhalb derselben. Kaum hatte man jedoch die Geschwulst bis zur Mitte der Nahtreihe abgetrennt, als unter Aufblähen des proximalen Stumpfes und Zurückweichen der elastischen Haut eine kolossale Blutung eintrat, welche die sofortige Abtrennung des Restes der Geschwulst nöthig machte. Es war nicht eher möglich, der Blutung Herr zu werden, bis eine Auftrennung der Suturen die blutenden Gefässe offen zu Tage legte, wobei fast die maximale Grenze des Blutverlustes erreicht wurde. Die Gefässe entsprangen sämmtlich zwischen beiden Brennpunkten des ellipsenförmigen Hautdefektes.

Nach sorgfältiger Reinigung der Wunde und umgebenden Hautpartien, sowie nach Unterbindung kleinerer Gefässe wurde der Hautdefekt durch 23 Seidennähte geschlossen. Sodann wurde ein fester Druckverband mit Sublimatgaze und Sublimatwatte angelegt. Patient, welcher während der Naht in Folge hochgradigen Blutverlustes kollabirte, erholte sich auf Darreichung von Excitantien bald. Die Wundheilung verlief trotz obstinatem Benehmen des Patienten gut, nur am 3. Tage stieg die Temperatur auf 38,7 C. Am 10. Tage wurden sämmtliche Nähte entfernt und am 15. Tage war die Wunde völlig verheilt.

Der exstirbirte Tumor wog 4,3 Kilo; nahe seiner Basis, die konisch abgestumpft erschien, sah man drei,

etwa vier mm Durchmesser haltende Gefässe in das Parenchym eintreten. Ein sofort angefertigtes Zupfpräparat zeigte weiches, stellenweise zellreiches Bindegewebe mit viel schleimiger Intercellularsubstanz. In den Maschen des Bindegewebes zeigten sich regellos zerstreut Zellen von der Grösse weisser Blutkörperchen, mit scharf konturirten Kernen.

Zwecks mikroskopischer Untersuchung wurde später ein etwa haselnussgrosses Fibrom aus der Stirn des Patienten excidirt. Die Schnitte, welche von dieser Geschwulst angefertigt und mit Vesuvin gefärbt sind, weisen überall gleichmässig angeordnete, wellige Bindegewebszüge mit vielen Spindelzellen auf. Ein ziemlich weitmaschiges Blut- und Lymphgefässkapillarnetz zieht sich durch das Gewebe, in dieses eingestreut liegen zahlreiche grössere, rundliche, stark gefärbte Kerne. Die grösseren Blutgefässe zeigen zuweilen stark verdickte, aus faserigem Bindegewebe bestehende Gefässcheiden. Im Gewebe finden sich häufig regellos zerstreut grössere und kleinere Haufen von Rundzellen, sowie einzelne kleine, rundliche Heerde welligen Bindegewebes von äusserst feiner Faserung. Was das Verhalten der der Hautoberfläche nahe liegenden Hautorgane anbetrifft, so sind nahe der Mitte der Geschwulst die Haarbälge, die verkümmerte feine Härchen führen, an die Oberfläche gedrängt, die Talgdrüsen etwas auseinandergezerrt, doch erheblich vergrössert, ihre Drüsenzellen gut entwickelt und ihre Ausführungsgänge verbreitert. Weiter am Rande der Geschwulst greifen mehr normale Verhältnisse Platz. Während die Tubuli der Knäueldrüsen der Haut nahe dem Rande der Geschwulst etwas platt gedrückt und durch Wucherung ihres peritubulären Bindegewebes auseinandergedrängt erscheinen, werden diese mehr nach dem Centrum der Geschwulst zu völlig in den Prozess der Binde-

gewebswucherung hineingezogen, und wir finden hier nur einzelne, mit gut gefärbten Endothelkernen ausgerüstete Tubulusdurchschnitte von gehöriger Lumenweite. Während die Bindegewebswucherung am Rande der Geschwulst scharf von den oberflächlichen Cutispartien und ihren Organen abgegrenzt ist, dringt sie mehr nach der Mitte zu bis unmittelbar an den Papillarkörper vor. Von nervösen Elementen war mit Sicherheit in den Schnitten nichts nachzuweisen.

Anknüpfend an vorstehende Operation dürfte es wohl der Mühe werth sein, die möglichen Methoden der Entfernung grösserer, gestielter Tumoren einer kurzen Besprechung zu unterziehen. Wir finden in der Litteratur nur kurz erwähnt, dass die Tumoren mittelst Ecraseur, galvanokaustischer Schlinge, Thermokauther, endlich mit dem Messer entfernt werden können.

Was die Abtragung einer Geschwulst mit dem Ecraseur anbetrifft, so dürfte nach dem jetzigen Standpunkte der Wissenschaft seine Anwendung wohl nur in sehr wenigen Fällen indizirt sein. Wir haben hier nur die Fälle im Auge, in welchen die zu entfernende Geschwulst mittelst dünnem Stiele an den Körpern ansetzt und seine Anwendung die Vorzüge völliger Blutstillung, neben Bildung kleiner Wundfläche hat. Jedoch bei Fibromen mit breiter Basis und kurzem Stiele würden wir bei seinem Gebrauche kaum glatte Ränder und völlige Blutstillung erzielen, nicht zum mindesten würde die elastische Haut, welche dem Drucke des Ecraseurs leicht ausweicht, einer Deckung der Defekte Hindernisse bereiten.

Aehnliche Bedenken erwachsen uns bei Anwendung der galvanokaustischen Schlinge und des Paquelin. Auch hier ist zu befürchten, dass durch Auseinanderweichen der gegenüberliegenden Hauträuder Defekte entstehen, welche

erst durch langdauernde Granulationsprozesse sich schliessen, ganz abgesehen von der Möglichkeit retraktiver Schrumpfung und Druckerscheinungen von Seiten der gesetzten Narbenpartien. Auch steht zu erwarten, dass grosse Gefässe von 4 mm Durchmesser selbst durch die Glühhitze nicht zu dauernder Obliteration gebracht werden, und bedeutende plötzliche Blutungen das Leben der Patienten in äusserste Gefahr bringen — alles Nachtheile, welche bei der Operation mit dem Messer ganz oder theilweise vermieden werden können.

Hierbei wird die wichtigste Frage, die der prophylaktischen Blutstillung, zunächst unsere Aufmerksamkeit in Anspruch nehmen, eine Frage, die wir am besten lösen werden, wenn wir uns die Aetiogenese des Fibroma molluscum vor Augen halten:

Durch die Forschungen v. Recklinghausen's ist festgestellt, dass diese Geschwülste einer Wucherung des Bindegewebes der Nervenbahnen, sowie der Hautknäueldrüsen entstammen. Ihre Ernährung werden nun diese Gewächse den Arterien entnehmen, welche aus den zwischen Haut und Fascie verlaufenden Hauptarterien direkt nach oben steigen, nach Abgabe der beregten Ernährungsgefässe in die oberflächlichsten Cutispartien eindringen und sich in das zwischen Cutis und Papillarkörper gelegene oberflächliche Gefässnetz auflösen. Es ist nun keineswegs anzunehmen, dass von diesem oberflächlichen Gefässnetze rückläufige Gefässbahnen zu der wachsenden Geschwulst zurücktreten, vielmehr werden deren Ernährungsgefässe stets in die dem Körper zugewendeten Basis derselben eintreten, beim Weiterwachsen derselben an Lumenweite zunehmen und je mehr die vergrösserte Geschwulst durch ihr Gewicht die elastische Haut vor sich her wölbt, um zuletzt als Anhängsel herabzuhängen, in mehr oder weniger starkem Spannungsverhältnisse sich befinden.

Dieses und breite Stielbildung der Geschwulst, wie wir sie ja in fast allen Fällen der angeführten Litteratur vorfinden, vorausgesetzt, dürfte sich die Schlauchumschnürung behufs Verschliessung der zuführenden Gefässe als durchaus unpraktisch erweisen, weil sich die gespannten Gefässe trotz fester Umschnürung nach Abtrennung der Geschwulst hinter den Stiel zurückziehen und heftige Blutungen in das Zwischenbindegewebe setzen könnten.

Ein gleiches Missgeschick droht uns bei Anwendung der umschlungenen Umstechungsnaht, wie ja unsere eigene Beobachtung uns lehrte. Trotzdem die Nähte dicht nebeneinander gelegt und mit grosser Kraft geknotet waren, zogen sich die gespannten Gefässe, nachdem die Geschwulst abgeschnitten war, zurück, und Patient wäre trotz sofortiger Kompression und Freilegung der Gefässstümpfe dem bedeutenden Blutverluste fast zum Opfer gefallen.

Auf Grund obiger Betrachtungen und Erfahrungen glauben wir eine Operationsmethode vorschlagen zu dürfen, die den Schwierigkeiten der Blutstillung weit besser Herr wird:

Nach sorgfältigem Abtasten des Stieles der Geschwulst und Bestimmung der Lage pulsirender zuführender Gefässe empfiehlt es sich, gestützt auf die Thatsache, dass diese Gefässe nicht in der Haut verlaufen, die Haut über ihnen in einer Falte empor zu heben, und diese mit spitzem, geraden Messer, den Messerrücken auf die Basis gewendet von unten nach oben zu durchschneiden. Man kann nun den Schnitt soweit verlängern, bis sämmtliche Gefässe frei zu Tage liegen. Diese werden dann durch Umstechung mittelst Nadel oder Déchamps leicht und sicher abgebunden und damit die Geschwulst gänzlich von der Blutbahn ausgeschaltet. Nun kann sie ganz gefahrlos abgetrennt werden.

Die beregte Operationsmethode bietet den weiteren Vortheil, dass wir über gerade und glatte Schnittränder verfügen, und dass die Hautplastik zur Deckung des Defektes den Verhältnissen entsprechend exakt vorgenommen werden kann. Hierauf endlich genaue und sorgfältige Vernähung der Wundränder und antiseptischer Druckverband. Wir glauben somit den Anforderungen der modernen Chirurgie, möglichst gefahrlose Operationsmethode bei möglichst kurzer und guter Heilungsdauer am besten gerecht zu werden.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Kreisphysikus Dr. Schneider, Dirigenten des Landkrankenhauses zu Fulda, meinen besten Dank für freundliche Ueberlassung vorstehenden Falles auszusprechen.

Verzeichniss der benützten Litteratur.

1) Wiener med. Wochenschr. XIX. 4. 1869.
2) Mon.-Blatt für Augenheilkunde. 1871. Jan.—März.
3) St. Petersburg. medizin. Zeitschr. III. p. 197. 1872.
4) St. Barthol. Hosp. Reports. Vol. IX, p. 113. 1873.
5) Archiv of Dermat. II. 3. p. 193. 1873.
6) Giorn. Ital. delle mal. ven. 1880. p. 171.
7) Medic. chir. Soc. Transacts. 1854.
8) Deutsche Zeitschr. für Chir. II. I. p. 95. 1872.
9) Med. chir. Transact. VI. p. 255. 1873.
10) Oesterr. Zeitschr. f. prakt. Heilkunde. XV. 1869.
11) Transact. of clinic. Soc. VI. p. 160. 1873.
12) Giorn. Ital. delle mal. Veneree 1879. p. 193.
13) Deutsche Zeitschr. für Chir. XII. 5 & 6. 1880.
14) Berlin. klin. Wochenschr. XIX. 42. p. 627. 1882.

Vorstehende sämmtlich in Schmidt Jahrbücher.

Rindfleisch, Lehrbuch der pathol. Gewebelehre, p. 344. 1886.
Ziegler, Lehrbuch der pathol. Anat. p. 197. 1885.
Billroth, Allgem. chir. Pathol. u. Therapie, p. 813. 1883.
Stöhr, Lehrbuch der Histologie, p. 191. 1887.
Ziegler, Beiträge zur pathol. Anat. I. p. 237. 1886.